Die geistigen Störungen in Behandlung offener Kuranstalten für Nervenkranke.

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät der Landes-Universität Rostock

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Ernst Meinhardt

prakt. Arzt aus Wittenburg i. M.

BIBL

Rostock

H. Winterberg's Buchdruckerei

1902.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen Fakultät
der Universität Rostock.

Referent: Herr Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Schuchard-Rostock.

Dem Andenken
meiner lieben Eltern
gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549205_0010

Der wesentliche Umschwung, welcher durch die zwanglose Behandlung geistiger Störungen angebahnt wurde, zeigt sich am deutlichsten wohl in den Einrichtungen der Anstalten für geistig Kranke. Ähnelten früher die Anstalten mehr oder weniger den Gefängnissen, so trat mit der Entwickelung des No-Restraint immer mehr der Charakter der Freiheit des Krankenhauses hervor. Der Kasernenstil machte dem Pavillonsystem und der Kolonie Platz, die Gitter verschwanden, Schmuck und freundliche Umgebung traten an deren Stelle.

Es war demnach auch naheliegend, dass sich der Gedanke, für leichtere Formen geistiger Störungen offene Sanatorien zu gründen, geltend machte.

Im Jahre 1862 gründete Otto Müller zu Helmstedt die erste offene Kuranstalt für psychisch Kranke. Er ging dabei von der Voraussetzung aus, dass für manche Geisteskrankheiten geschlossene Behandlung nicht notwendig und offene angängig und erfolgreicher als jene sei. Hiermit machte er den ersten praktischen Anfang zur Erfüllung der idealen Forderung Griesingers, dass man nach einer Krankenhausbehandlung der

Geisteskranken streben müsse. Der Erfolg inbezug auf den ursprünglichen Plan ist nicht allzu günstig gewesen, aber derselbe hat uns die segensreiche Einrichtung der Nervenheilanstalten gegeben. Es ging nämlich innerhalb weniger Jahre eine Wandlung vor inbezug auf den Charakter der offenen Anstalt insofern, als nicht nur psychisch Kranke, sondern auch Nervenkranke zur Behandlung kamen, und das Verhältnis zwischen beiden hat sich im Laufe der Jahrzehnte so gestaltet, dass die Nervenkranken das Hauptkontingent der Patienten offener Kuranstalten bilden, während die psychisch Kranken sich in der Minderzahl befinden. Die Einrichtung der Nervenheilanstalt ist also hervorgegangen aus einer offenen Anstalt für psychisch Kranke.

Man ist offenbar zu Anfang in der offenen Behandlung Geisteskranker zu weit gegangen, wovon manche Selbstmorde, die in geschlossener Behandlung hätten vermieden werden können, sowie durch Patienten offener Anstalten hervorgerufene soziale Schädigungen Zeugnis ablegen. Indessen ist das Prinzip nicht nur ein humanes, sondern auch erfolgreiches. Über die Freiheitsbeschränkung Geisteskranker lässt sich Westphal in seiner Rede »Psychiatrie und psychiatrischer Unterricht Berlin 1880« folgendermassen aus: »Jedenfalls haben diese Kranken ein Recht zu fordern, dass man ihre Freiheit nur soweit beschränkt, als es absolut für ihre eigene oder die öffentliche Sicherheit oder für den Heilzweck erforderlich ist, sie haben ein Recht zu verlangen, dass man sie nicht, bloss weil sie

das Unglück haben, geisteskrank zu sein, in Überschätzung der Wohlthaten einer geschlossenen Anstalt der Freiheit beraubt und ohne weiteres, ohne Berücksichtigung der Art und Natur ihrer geistigen Störung in beliebige Anstalten einsperrt.« Durch Ausschluss der irrenanstaltlichen Behandlung mancher Geisteskranken wird hier indirekt die Möglichkeit der offenen Behandlung ausgesprochen, und es erübrigt zu ihrer Berechtigung nur noch der Nachweis, dass diese auch eine erfolgreiche sei. Die in vier Jahrzehnten gesammelten Erfahrungen lehren nun, dass in vielen Fällen gerade die offene Anstaltsbehandlung das wirksamste therapeutische Moment bildet. Eine besondere Auswahl von für dieselbe geeigneten Krankheitszuständen ist allerdings notwendig; das Thätigkeitsgebiet der offenen Behandlung geistiger Störungen ist in bestimmte Grenzen einzuengen. Allgemeine Grundsätze dafür sind auch wiederholt aufgestellt worden. So hat sich nach Otto Müller die offene Behandlung psychischer Leidenszustände immer auf diejenigen Formen zu beschränken, welche noch nicht der Befürchtung Raum geben, dass der Krankheitsverlauf eine plötzliche und unerwartete Wendung zu schwererer Erkrankung nehmen könnte. Weiter verlangt er eine korrekte Krankheitseinsicht und den Wunsch, Genesung zu finden und sich den Anordnungen des Arztes zu unterwerfen.

Hecker hält es für erforderlich, dass nur solche Kranken aufgenommen werden, die

1) Krankheitseinsicht und Krankheitsbewusstsein haben.

2) freiwillig, mit dem Wunsch, sich ärztlich behandeln zu lassen, in die Anstalt treten.
3) Herr ihrer Handlungen sind.
4) keiner besonderen Aufsicht bedürfen.
5) ihrer Umgebung nicht als geistig abnorm auffallen und derselben in keiner Weise lästig werden.

Ähnliche Grundsätze stellt Bartels auf, wenn er von den Kranken verlangt, dass sie

1) Bewusstsein und Erkenntnis ihrer Krankheit haben.
2) freiwillig kommen und bleiben.
3) Den ärztlichen Anordnungen nachzukommen bereit und imstande sind.
4) keiner fortdauernden Aufsicht bedürfen.
5) nicht selbstmordverdächtig sind.
6) im Zusammenleben mit Nervenkranken nicht störend sind.

Wenn die jetzt bestehenden offenen Kuranstalten für Nervenkranke und die dem gleichen Zweck dienenden Nervenheilanstalten und Sanatorien für Nervenkranke geistig Gestörte aufnehmen, so bilden sie damit nicht eine Ersetzung der geschlossenen Anstalt, sondern eine Ergänzung derselben. Eine Psychose ist nicht erst dann vorhanden, wenn der an ihr Erkrankte »reif fürs Irrenhaus« ist, sondern ihre Vorläufer erstrecken sich oft über Monate und Jahre, und wir sprechen demgemäss von einem Initialstadium der Psychosen. Vor der Gründung der offenen Kuranstalten kam dasselbe oft garnicht oder in nichtspezialistische Behandlung, die oft genug nur Schaden stiftete. Ihrer ganzen Einrichtung nach konnten die früher bereits be-

stehenden Kaltwasserheilanstalten in manchen Fällen von gewissem Nutzen sein, doch war es hier die Einseitigkeit des therapeutischen Verfahrens, das für manche Krankheitszustände und hauptsächlich gerade für die hier in Betracht kommenden psychischen verhängnisvoll geworden ist. Ich erinnere nur an die Maltraitierung Ruhebedürftiger durch angreifende Kaltwasserkuren, an das Unheil, welches bei Erregungszuständen durch das Kneipp'sche Verfahren und ähnliche Behandlungsarten entstanden ist. Nun aber soll die Therapie nicht warten, bis sie einen Schutt- und Trümmerhaufen vor sich hat, den sie nur noch weiter vegetieren lassen kann, sondern sie soll mit allen ihren Hülfsmitteln dort einsetzen, wo noch Rettung möglich ist, wo jedenfalls durch sachgemässe Behandlung der Verfall der psychischen Persönlichkeit Jahre lang hingehalten, und das Individuum seinem Beruf und seinem Lebenskreis erhalten werden kann. Und das ist im Initialstadium; in dieses ist also der Schwerpunkt der psychiatrischen Thätigkeit zu verlegen. Zur Erreichung dieses Zieles ist das nächstliegende Erfordernis die psychiatrische Ausbildung des praktischen Arztes, damit er die Krankheit in ihren Anfangsäusserungen erkennt und bei für eine geeignete Behandlung ungünstigen häuslichen Verhältnissen dieselbe frühzeitig der spezalistischen Behandlung der offenen Kuranstalt übergiebt. Indessen ist auch vorher die Entscheidung darüber notwendig, ob nicht die Krankheit für offene Behandlung bereits zu weit vorgeschritten ist, und diese Entscheidung ist oft recht schwer und kann in ihren

Folgen von schwerwiegendster Bedeutung sein. Im grossen Ganzen kann man den Satz gelten lassen, dass das Initialstadium der chronischen Psychosen sich für offene Behandlung eignet; jedoch ergiebt sich hier bereits die Schwierigkeit, dasselbe von der ausgeprägten Psychose abzugrenzen und zwar deswegen, weil der Übergang ein ganz allmählicher ist. Einen einigermassen sicheren Stützpunkt haben wir hier an dem Verhalten der Krankheitseinsicht, die im Initialstadium in den meisten Fällen erhalten, in der ausgebildeten Psychose hingegen erloschen ist. Jedoch muss die Krankheitseinsicht eine konstante sein; denn auch nach Verlust derselben kommt zuweilen, einem vorgeschritteneren Krankheitsstadium angehörend, eine vorübergehende Wiederkehr derselben vor und kann so leicht Täuschungen über die Höhe der Krankheit und über etwaige Gefahren derselben hervorrufen. Die Krankheitseinsicht muss ferner eine vollständige sein, es soll den Erscheinungen der Krankheit gegenüber vollste Objektivität beobachtet werden, der Kranke soll über seiner Krankheit stehen.

Die ersten Erscheinungen des Initialstadiums selbst sind meistens recht unbestimmter Art, sie decken sich im allgemeinen mit dem, was wir als Nervosität bezeichnen. Beim weiteren Fortschreiten der Krankheit werden die psychischen Erscheinungen schon bestimmter, Otto Müller scheidet sie in drei Untergruppen, das asthenische, psychalgische und paralytische Initialstadium. Ersteres umfasst die psychischen Erschlaffungszustände, die sich in der intellektuellen Sphäre als psychischer

Ermüdungszustand unter Abnahme der intellektuellen Energie und Leistung, in der sensitiven als Verstimmung, in der psychomotorischen als Willenslosigkeit kennt-zeichnen. Die Krankheitserscheinungen äussern sich auf diesen Gebieten gleichzeitig, wennschon das eine oder das andere mehr hervortritt. Sie unterscheiden sich von den oft ähnlichen paralytischen Anfangser-scheinungen vor allem dadurch, dass bei ihnen die Ob-jektivität der Krankheit gegenüber bewahrt bleibt, während dieselbe bei der Dementia paralytica frühzeitig zu ver-schwinden pflegt, sowie durch die für die letzteren charakteristischen Sprachstörungen und Störungen in der Pupillenreaktion und der Form der Pupillen. Aus diesem asthenischen Vorstadium entwickeln sich bei weiterem Fortschreiten des Krankheitsprozesses chronische Erschöpfungszustände sowie mit den mannigfachsten Übergängen zu einander hysterische, hypochondrische und melancholische Deformationen des psychischen Lebens.

Bei der psychalgischen Form des Initialstadiums handelt es sich um partielle psychische Reizvorgänge, die die Harmonie des Denkens und Empfindens beein-trächtigen (Otto Müller). Am deutlichsten sehen wir dieselbe bei den Zwangsvorstellungen. Diese äussern sich in der Weise, dass plötzlich, ohne irgend welche äusseren Gründe in das meist normale Empfinden sich Vorstellungen einschieben, deren Fremdartigkeit und Aufgezwungenheit richtig erkannt wird, die der davon Befallene jedoch nicht zurückdrängen kann und die oft von peinlichen Angstzuständen begleitet sind. Die Be-

ziehungsideen der Paranoia, Kleinheitsvorstellungen der Melancholiker sowie Hallucinationen möchte ich gleichfalls auf solche paroxysmalen Reizvorgänge zurückführen. Auch sie sind von Angstzuständen begleitet und können beim An- und Abklingen, also im Beginn der Krankheit sowie in der Rekonvaleszenz beziehungsweise der Remission von einem normalen Empfinden überwacht werden, während sie auf der Höhe der Krankheit stets einen integrierenden Teil der psychischen Persönlichkeit bilden und die ausgesprochene Psychose kennzeichnen (Verlust der Krankheitseinsicht!). Diese Reizerscheinungen stehen augenscheinlich unter dem Einfluss vasomotorischer Störungen. Die Frage, inwieweit hier Intoxikationen oder Autointaxikationen eine Rolle spielen, ist noch nicht entschieden, jedenfalls weisen die Erscheinungen bei Morbus Basedowi, das oft beobachtete Anschwellen der Struma und die Pulsbeschleunigung bei derartigen psychischen Reizzuständen, wie z. B. Hallucinationen und Angstzuständen, auf einen Intoxikationsvorgang hin. Unter diesen Krankheitsformen sind diejenigen für offene Behandlung geeignet, wo auch während des Auftretens der psychischen Reizvorgänge die Krankheitseinsicht erhalten bleibt. Vor allem bei depressiven Erregungszuständen ist die Suicidgefahr eine recht grosse, so dass sogar bei völliger Krankheitseinsicht in einzelnen Fällen Selbstmord verübt worden ist. Einen gewissen Massstab inbezug auf die Beurteilung dieser Gefahr haben wir in der Höhe des die Anfälle begleitenden Affektes, doch kann hier wohl nur langjährige psychiatrische Erfahrung und ein geübter Blick

die richtige Grenze finden; eine gewisse Berücksichtigung verdient hier auch die Lebensauffassung und der Charakter des Kranken, sowie seine wirtschaftliche und soziale Lage.

Das paralytische Initialstadium ist von den asthenischen in differentialdiagnostischer Beziehung bereits oben in seinen wesentlichsten Punkten abgegrenzt worden. Bei der Aussichtslosigkeit der therapeutischen Behandlung in den späteren Stadien der Dementia paralytica und den häufig beobachteten Remissionen im Beginn derselben besonders in anstaltlicher Behandlung ist in den letzten Jahrzehnten die Therapie des Initialstadiums immer mehr in den Vordergrund getreten. Dasselbe äussert sich nach vorangegangenen neurasthenischen Zeichen im wesentlichen in leichter Ermüdbarkeit, gemütlicher Reizbarkeit, Abnahme des Gedächtnisses und Einschränkung des geistigen Gesichtskreises. Die Objektivität diesen Krankheitserscheinungen gegenüber wird im Anfang zuweilen gewahrt, meistens geht sie frühzeitig verloren. Es ist also häufig schon im Initialstadium die Urteilsfähigkeit herabgesetzt, und das Verhalten dieser sollte beim Paralytiker im wesentlichen den Massstab für die Möglichkeit der offenen Behandlung abgeben. Denn aus seiner Urteilslosigkeit entspringt seine Euphorie und seine Selbstüberschätzung, sie bedingt hauptsächlich den beginnenden Schwachsinn, und als eine Folge derselben ist die Handlungsweise anzusehen, die in ihren saloppen, thörichten, leichtfertigen und gefährlichen Auswüchsen dem Kranken selbst, seiner Familie und dem Gemeinwohl Schaden zuzufügen im-

stande ist. Auch das Auftreten hypochondrischer Ideen und melancholischer Verstimmung ist eine Kontraindikation der offenen Behandlung. Hier wird die Gefahr des Selbstmordes sicherlich unterschätzt, die gerade im Beginn der Krankheit am grössten ist. Wenn auch die Thatsache zugegeben werden muss, dass in vielen Fällen es bei der Energielosigkeit des Paralytikers nur zu einem schwachen conamen suicidii kommt, so sind andererseits genügend Fälle bekannt, wo der Selbstmord mit ausserordentlicher Sicherheit ausgeführt worden ist; und es ist wahrscheinlich, dass viele Selbstmörder die an Verstimmungszuständen ohne Wahnideen litten, ohne in anstaltlicher Behandlung gewesen zu sein, beginnende Paralytiker waren. Geisteskranke Selbstmordverdächtige gehören aber unter allen Umständen in die Irrenanstalt. Es giebt jedoch eine Form der Dementia paralytica, die offene Behandlungsmöglichkeit darbietet über das Prodromalstadium hinaus und zwar auch ohne klare Krankeitseinsicht, das ist die als reine Demenz ohne Wahnbildungen und Hallucinationen verlaufende. Dieselbe beträgt nach Raeckes Zusammenstellung 12,7% aller Fälle von Paralyse, andere Autoren geben etwas höhere Zahlen an. Mendel betont für diese Fälle, dass für dieselben häusliche Pflege bei günstigen pekuniären Verhältnissen geeignet wäre. Solche setzen ja die offenen Anstalten auch voraus, ausserdem bieten dieselben der häuslichen Pflege gegenüber günstigere hygienische Verhältnisse und spezialistische Behandlung. Diese Form bedarf deswegen nicht der Irrenanstalt, weil bei ihr im Gegensatz zur typischen Paralyse der

Trieb zu schädlichen Handlungen zu fehlen pflegt, weil der Charakter der Krankheit der einer psychischen Lähmung ist, die keine Impulse zu Handlungen aufkommen oder etwaige Impulse nicht in Handlungen umsetzen lässt. Bis zu welchem Grade der Demenz die offene Behandlung durchgeführt werden kann, wird im wesentlichen davon abhängig sein, wieweit die offene Anstalt den Anforderungen der Krankenhausbehandlung gerecht zu werden vermag. Diejenigen Anstalten, die mehr modernen Hotels als einer Stätte für Kranke gleichen und in denen diese den Arzt nur selten zu Gesicht bekommen, sind solchen Aufgaben wie überhaupt der Behandlung psychischer Leidenszustände natürlich nicht gewachsen.

Ebenso wie die Prodromalstadien der meisten chronischen Psychosen ist auch das Rekonvaleszentenstadium chronischer wie besonders auch akuter Psychosen für offene Behandlung geeignet. Wenn schon manche geschlossene Anstalten dasselbe ihren etwaigen offenen Abteilungen zuweisen, so wird das völlige Herausreissen aus den Verhältnissen, in denen sich die Psychose zum grössten Teil abgespielt hat, sicherlich von gutem Einfluss sein, insofern als die Erinnerung an ihre einzelnen Erscheinungen, an Wahngebilde und Hallucinationen leichter ablassen wird. Für die häusliche Familienpflege würde dies Stadium auch behandlungsfähig sein, wenn derselben nur nicht ebenso wie im Prodromalstadium das richtige Verständnis für den krankhaften Zustand und ein dementsprechend richtiges Verhalten der oft

noch vorhandenen Reizbarkeit und Empfindlichkeit des Kranken gegenüber ermangelte und so der Erfolg in Frage gestellt würde. Ein grosser Vorteil der offenen Anstalt ist es, dass sie den Rekonvaleszenten den Rücktritt ins Leben erleichtert. Einerseits sind durch Fernhalten gemütlicher Schädlichkeiten und durch sorgsamste körperliche und geistige Pflege die günstigsten Bedingungen für den weiteren Heilungsverlauf gegeben, andererseits kann an dem Verhalten der grösstenteils geistesgesunden Umgebung (geistesgesund im Sinne des Laien!) leichter eine Korrektion etwaiger noch vorhandener psychischer Anomalien erreicht werden.

Auch während ihres ganzen Verlaufs eignen sich bestimmt gekenntzeichnete geistige Störungen für offene Behandlung. Von den organischen Hirnerkrankungen kommen dem Charakter der offenen Anstalt als einer Heilanstalt und ihrer im wesentlichen physikalisch-diätetischen Behandlung entsprechend noch nicht organisierte Folgezustände apoplektischer Insulte und die Lues cerebri inbetracht. Bei ersteren handelt es sich hauptsächlich um ein zeitweiliges Herausreissen aus dem Beruf vor allem bei ungünstigen häuslichen Verhältnissen und um Abhaltung von gemütlichen Aufregungen, verbunden mit einer geordneten Lebensweise. Die psychischen Erscheinungen, die in den meisten Fällen in leichter Benommenheit, Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses und reizbarem Wesen bestehen, gleichen sich häufig zum grössten Teil wieder aus.

Die luetischen Erkrankungen des Gehirns gehen in der Regel mit psychischen Erscheinungen einher,

mässiger Demenz, Gedächtnisschwäche, Apathie. Die antiluetische Behandlung kann in der offenen Anstalt so gut durchgeführt werden wie in einem Krankenhaus. Erstere hat den Vorzug, im allgemeinen bessere klimatische Verhältnisse zu haben. Auch eine Unterstützung der spezifischen Kur durch eine milde Kaltwasserkur hat oft guten Erfolg (Oppenheim).

Unter denjenigen geistigen Störungen, die mit keiner zur Zeit nachweisbaren organischen Veränderung des Gehirns einhergehen, kommen vor allem Verstimmungszustände in offene Behandlung. Sie entstehen in der Mehrzahl auf degenerativer Basis, als Veranlassung gelten hauptsächlich psychische Momente. Diese Verstimmungszustände zeigen im wesentlichen den Charakter der periodischen Depressionen und der cirkulären Formen. Gerade hier zeigen sich die mannigfachsten Abstufungen von der fast physiologischen Verstimmung zur ausgesprochensten Psychose. Wie viele Menschen sehen wir nicht im täglichen Leben, die zeitweise verstimmt sind, gehemmt in ihrem Handeln und Denken, leicht verzagend den Anforderungen des Lebens gegenüber, dann wieder gehobener Stimmung, thatendurstig und gedankenschnell, leichtfertig sich ins Leben stürzend. Wir sehen hier schon die Grundzeichen der manischen und depressiven Zustände, die Leichtigkeit der Reizauslösungen und die Hemmung. Diese Erregungszustände bedürfen keiner besonderen Behandlung, sie werden weder vom Kranken als krankhaft empfunden und auch von der Umgebung nicht als solche erkannt.

Der Verstimmte dagegen fühlt sich krank, ja er hat gesteigertes Krankheitsgefühl und sucht den Arzt auf. Die häusliche Behandlung bleibt meist ohne Erfolg, die Umgebung hat kein Verständnis für das Krankhafte des Zustandes, sie sieht nur grundlose Einbildungen und sucht den Kranken durch Vergnügungen und Zerstreuungen auf andere Gedanken zu bringen. Der Erfolg dieser Bestrebungen pflegt der zu sein, dass der Kranke fast zur Verzweifelung getrieben wird. Solche Kranken sollen nicht gescholten, sondern geleitet werden; über ihnen soll während der Dauer ihrer Krankheit der ärztliche Wille stehen, hier heilt nicht das Brom und Opium, sondern der Arzt. Die Heilungsresultate dieser Zustände in der offenen Anstalt sind durchweg vorzügliche. Die Symptone der Krankheit sind Mangel an Selbstbewusstsein, das Gefühl der Hemmung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit und Verstimmungszustände, die oft von innerer Unruhe begleitet sind. Beim Auftreten von Kleinheitsideen hat man sich an die Forderung korrekter Einsicht in dieselben zu halten, widrigenfalls die offene Behandlung wegen Selbstmordgefahr abzubrechen ist.

Wenn bei allen Psychosen der Einfluss der Vererbung ein grosser ist, so giebt es auch Krankheitsformen, wo die Vererbung selbst bereits die Krankheit bedeutet; wir bezeichnen diese Zustande als degenerative. Bei den Degenerierten zeigen bereits die Anfangsäusserungen ihres Seelenlebens Abweichungen von der Norm, je mehr sie im Laufe ihrer Entwicklung mit dem ausserhalb ihres Ich Liegenden in Berührung kommen, desto

mehr tritt ihr Andersgeartetsein hervor, sie vermögen sich den an sie herantretenden Verhältnissen nicht anzupassen, ja ihre Handlungen treten oft in Konflikt mit den Empfindungen der Gesellschaft und den Gesetzen des Staates. An diesen tritt im letzteren Fall die Aufgabe heran, die übrige menschliche Gesellschaft vor den Thätigkeitsäusserungen dieser Kranken zu schützen, was naturgemäss nur durch Vernichtung der persönlichen Freiheit geschehen kann. Dies gilt vor allem für die Charakterentarteten und die mit impulsiven Zwangshandlungen Behafteten. Indessen giebt es eine grosse Anzahl Degenerierter, die zu den gutmütigsten und harmlosesten Menschen gehören, die den Kämpfen des Lebens nicht gewachsen sind, denen jedoch durch eine geeignete Therapie eine gewisse Lebens- und Genussfähigkeit gegeben werden kann. Denn auch den Entarteten steht die Therapie nicht völlig machtlos gegenüber, dieselbe vermag vielmehr oft die Daseinsbedingungen günstiger zu gestalten. Man vergegenwärtige sich nur, wie mannigfachen boshaften Scherzen, Hänseleien und gewissenlosen Ausbeutungen die konstitutionell Verstimmten (Kraepelin) ausgesetzt sind, wie sie dadurch zur Umgebung immer mehr in Gegensatz treten, welche Gemütsaffekte infolge davon auf die armen Geschöpfe hereinstürmen und sie mit immer wachsender Erbitterung gegen die übrige Welt erfüllen, ja sie zum Selbstmord drängen können. Wie anders gestaltet sich nun ihr Leben, wenn sie der gewohnten, gehassten Umgebung entrissen sind und in einen Kreis versetzt

werden, in dem sie Verständnis für ihre Leiden finden und sie wieder Vertrauen zu der übrigen Menschheit und zu sich selbst schöpfen. Von diesen psychopathischen Zuständen eignen sich die konstitutionelle Verstimmung und die Zwangsvorstellungen für offene Behandlung. Manche Autoren sprechen von einer Periodizität der letzteren, ich muss demgegenüber die degenerative Zustandsform der Zwangsvorstellungskrankheit aufrecht erhalten. Die Zwangsvorstellungen sind ja sicherlich nicht immer während des ganzen Lebens in gleicher Stärke vorhanden, sie schwellen an und ab, ersteres hauptsächlich in den Pubertätsjahren, dann speziell beim weiblichen Geschlecht während der Menses oder bei Störungen derselben und in der Menopause. Wenn sie ausgeprägter sind, so begleiten sie Verstimmungszustände, aber gerade in den Fällen, wo die Zwangsvorstellungen streng periodisch auftraten, erschienen sie nur als nebengeordnete Symptone eines periodischen Depressionszustandes; sie verblassen mit dessen Zurückgehen gleichfalls, ohne jedoch in den anscheinend gesunden Intervallen ganz zu verschwinden. Wir haben es hier also mit einem degenerativen, eben dem Zwangsvorstellungszustand zu thun, auf dessen Grundlage periodische Depressionen entstehen, die ihrerseits die Symptone des Grundzustandes schärfer hervortreten lassen.

Auch bei reinen Neurosen treten zuweilen transitorisch schwerere psychische Erscheinungen auf, so bei der Chorea minor, vor allem der der Erwachsenen, hallucinatorische Delirien mit heftiger maniakalischer

Erregung und Verworrenheit, die geschlossene Behandlung erfordern. Für die gelegentlich bei der Hysterie vorkommenden Bewusstseinstrübungen mit oder ohne Hallucinationen, reicht, wenn diese kurze Zeit, Minuten oder wenige Stunden dauern und nur selten auftreten, die offene Behandlung aus; die Hysterischen sorgen schon selbst dafür, dass sie während eines solchen Anfalls nicht allein sind. Strenge Überwachung während solcher Zustände ist allerdings notwendig; aber mit der Eventualität einer solchen, wenn auch nur auf kurze Zeit, muss die offene Behandlung rechnen, und sie bedarf daher für diese und sonstige aussergewöhnliche Fälle eines wenn auch kleinen, so doch zuverlässigen und ausgebildeten Überwachungspersonals. — Bei den der Hysterie zu Grunde liegenden Degenerationszuständen zeigt der Charakter der letzteren die Angemessenheit der offenen Behandlung an; so sind Zwangsvorstellungen geeignet, die Dipsomanie hingegen nicht. Treten Psychosen zur Hysterie hinzu, so sind sie ausschlaggebend für die Art der Behandlung.

Fassen wir nun zusammen unter welchen Verhältnissen die offene Behandlung geistiger Störungen mit Erfolg vorgenommen wird, so ergiebt sich folgendes:

I. Die Anstalt betreffend:

a) Der Leiter derselben muss psychiatrisch ausgebildet sein.

b) Der Arzt muss mit den Kranken in stetem Konnex sein und ihn im Verkehr täglich beobachten

c) Es muss für besondere Notfälle auch in der Irrenpflege erfahrenes Krankendienerpersonal vorhanden sein.

II. Die Kranken betreffend:

a) Es soll Krankheitsbewusstsein und Einsicht den Erscheinungen der Krankheit gegenüber bestehen (ausgenommen einige oben geschilderte Fälle von Dementia paralytica).

b) Der Kranke soll imstande sein, allein oder mit Hülfe eines Angehörigen oder Dieners die ärztlichen Anordnungen zu befolgen.

Die bisher errichteten offenen Kuranstalten sind Privatinstitute. Dass sie das sind, kann ihnen nicht zum Vorwurf gemacht werden, und kann ihre Berechtigung, Notwendigkeit und Nützlichkeit nicht beeinträchtigen. Wenn der Segen der offenen Anstalten bisher im wesentlichen den wohlhabenderen Ständen zuteil geworden ist, so liegt das eben an den sozialen Verhältnissen, und es sind nur die beiden Auswege vorhanden, dass der Staat oder die private Wohlthätigkeit hier fördernd und helfend eingreifen. Dass die Nervenkrankheiten im wesentlichen eine Krankheit der begüterten Stände seien, ist längst widerlegt, dieselben herrschen so gut im Stübchen des Arbeiters, wie im Palast des Fürsten. Diesen Umständen Rechnung tragend, sind neuerdings die hessische und badische Staatsregierung dem Gedanken der Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke näher getreten, und auf Veranlassung der letzteren hat in der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlruhe am 2. und

3. November 1901 Neumann in einem Vortrag die Notwendigkeit derselben nachgewiesen und ihre Verbindung mit einzelnen der vorhandenen ländlichen Rekonvaleszentenhäuser für rationell und durchführbar erklärt. Den naheliegenden Plan ihrer Angliederung an eine geschlossene Anstalt, wie von manchen Seiten empfohlen worden ist, halte ich vor allem aus einem therapeutischen Grunde für unzweckmässig. Eine solche Anstalt würde den Nervenkranken und leichteren psychisch Kranken nur als eine Voranstalt erscheinen und für sie eine Quelle stetiger Beunruhigung und ängstlicher Vorstellungen sein und ihrer schon so häufig bestehenden Furcht, geisteskrank zu werden, andauernd neue Nahrung zuführen. Der Vorschlag von Neumann dagegen ist vom therapeutischen wie pekuniären Standpunkt aus durchaus gutzuheissen.

Die Behandlung der geistigen Störungen in der offenen Anstalt ist bei der grossen Verschiedenheit des psychischen Zustandes eine wesentlich andere als in der geschlossenen. Der Hauptindikation zur Therapie, dem erkrankten Organ, hier also dem Gehirn und dem gesamten Nervensystem Ruhe zu verschaffen, wird die Irrenanstalt in der neueren Zeit infolge ihrer wissenschaftlich-humanen Methode der Behandlung immer mehr gerecht. Die Zwangsmittel, die dem Kranken alles andere eher als geistige Ruhe gewährten, sind fast ganz im Wegfall gekommen, an ihre Stelle sind Bettruhe, Dauerbäder und die Arbeit getreten. Die hiermit erzielten günstigen therapeutischen Resultate bewirkten, dass man sich auch in der offenen Anstalt

mit diesen Behandlungsformen befasste. Die Dauerhäder sind zu entbehren; um etwaige Erregungszustände zu mildern oder zu beseitigen, genügt eine auf 2 Stunden auszudehnende feuchte Einpackung oder auch schon längere Bettruhe. Die Arbeit bildet ein wesentliches therapeutisches Moment in der offenen Behandlung. Wenn Möbius den Nervenheilanstalten vorgeworfen hat, dass sie den Heilzweck der Arbeit nicht erprobt hätten, so irrt er mit dieser Annahme, da sich in der That derartige Versuche bereits über einen Zeitraum von 3 Jahrzehnten erstrecken. Dieselben lehren im allgemeinen, dass für die funktionellen Neurosen sich die Arbeit als Behandlung nicht eignet, speziell nicht bei Erschöpfungszuständen und der Chorea minor, oder ohne Erfolg ist, wie bei der Hysterie, dass sie hingegen bei geistigen Störungen, speziell den Zwangsvorstellungen und Verstimmungszuständen aller Art von gutem Erfolg begleitet ist. Denn gerade durch sie wird der Zweck der Ablenkung von abnormen Stimmungen und Vorstellungen am besten erreicht.

Der Umstand, dass wir es in der offenen Behandlung mit weniger tiefgreifenden Störungen der geistigen Funktionen zu thun haben, dass der Kranke die Krankheitserscheinungen als fremdartig und seinem geistigen Empfinden aufgedrungen ansieht, berechtigt zu der Annahme, dass äussere Einwirkungen das Geistesleben beeinflussen und ein Hülfsmittel im Kampfe gegen die Krankheit sein können. In der That tritt bei manchen Erkrankungen die physische Beein-

flussung in den Vordergrund; vor allem bei Verstimmungszuständen und Zwangsvorstellungen. Über die Art der Ausübung lassen sich keine bestimmten Regeln aufstellen, das muss dem Taktgefühl des Arztes und seiner auf psychologischer Durchdringung der einzelnen Krankheitsäusserungen begründeten Behandlungsform überlassen bleiben. Wie wichtig die letztere sein kann, erhellt z. B. aus der Therapie der Schlaflosigkeit. Den Angaben der Hysterischen über eine solche braucht im allgemeinen kein besonderer Wert beigelegt zu werden, bei der Übertreibungssucht dieser Kranken. Auch bei leichten Verstimmungszuständen ist die behauptete Schlaflosigkeit in den meisten Fällen nicht vorhanden, wie zahlreiche Beobachtungen lehren. Die Aufstellung dieser Behauptung ist wohl eine leichte Andeutung von Kleinheitsideen. Der Kranke glaubt an seine Schlaflosigkeit und verlangt nach Abhilfe derselben. Hier Schlafmittel zu verabfolgen, wäre ein Fehler. Wiederholte Belehrung seitens des Arztes über die Art des psychischen Vorgangs, der den Glauben an schlechten Schlaf erweckt, sowie Beweise darüber, dass der Kranke sich geirrt hat, bringen meistens bald das gewünschte Ziel.

Ob und wie weit die Hypnose zur Therapie geististiger Störungen herangezogen werden kann, ist noch nicht entschieden. Es gelingt wohl, einzelne lästige Symptome einer Krankheit, doch wohl nicht, diese selbst zu beseitigen. Dass durch die Hypnose und in unmittelbarem Anschluss an dieselbe eine Verschlech-

terung des Zustandes in einigen Fällen eingetreten ist, sollte zur Vorsicht mit dieser Behandlungsform raten.

Die in offenen Anstalten zur Behandlung kommenden geistigen Störungen sind ihrer grossen Mehrzahl nach keine eigentlichen Psychosen, sondern Übergänge von den Neurosen zu den Psychosen. Eine strenge Scheidung zwischen der Neurologie und der Psychiatrie ist mehr aufrecht zu erhalten, wie auch aus den Bezeichnungen »Neuropsychose« und »Psychoneurose« hervorgeht. Auch der Begriff »Psychose« hat in den letzten Jahrzehnten eine Wandlung erfahren, insofern als man nicht nur dann von einer solchen spricht, wenn Sinnestäuschungen und Wahnideen auftreten, sondern bereits bei Defekten des Charakters und den Moral. Vom wissenschaftlichen wie rechtlichen Standpunkt aus hat diese Änderung in der Auffassung von Geisteskrankheiten eine grosse Bedeutung erlangt, demgemäss hat sich die psychiatrische Wissenschaft von dem Studium der ausgebildeten Psychosen der Grenzfragen geistiger Krankheit und Gesundheit genähert. Früher die ureigene Domäne der Psychologen, sind sie jetzt in gleicher Weise das Thätigkeitsgebiet der Psychiater geworden, die in der folgerichtigen Würdigung der immer mehr zur reellen Thatsache heranwachsenden Hypothese, dass alle Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, dies Gebiet für sich beanspruchen. Ein allgemein gültiges Normalmass zur Abmessung psychischer Zustände haben wir nicht. Der Psychologe, wie auch der Laie beurteilt krankhafte geistige Zustände von dem Standpunkte seiner ver-

vermeintlichen Kenntnis des gesunden psychischen Lebens aus. Als solches erscheint ihm in den weitaus meisten Fällen sein eigenes, er beurteilt also ihm abnorm erscheinende geistige Zustände anderer Individuen nach sich, nach seinem Seelenleben (Individualpsychologie). Bei der vor allem in forensischem Sinne oft ausserordentlichen Wichtigkeit der Beurteilung psychischer Zustände können aber individuelle Ansichten allein nicht massgebend sein, da sie nur etwas relatives darzustellen vermögen, sondern es muss eine absolute Grundlage geschaffen werden, und diese kann nur gegeben werden durch die Anatomie und Physiologie, die pathologische und vergleichende Anatomie des Gehirns und die klinische Beobachtung, die aus jenen grundlegenden Faktoren ihre Erfahrungen zieht. Bei diesen Forschungen kann die Psychologie nicht entbehrt werden; die anatomisch-physiologisch-pathologischen Kenntnisse des Gehirnbaues und der Gehirnthätigkeit lassen uns aus ihnen allein heraus bisher nur in wenigen Fällen sichere Schlüsse auf die Art des besonderen Hirnvorganges machen; die widersprechendsten Ansichten stehen sich hier gegenüber. Andererseits schliessen wir auf einen Krankheitsprozess doch zunächst immer aus dem psychischen Geschehen oder der Art und Weise des psychischen Geschehens, und erst aus der Kenntnis dieses heraus suchen wir nach einer spezifischen Ursache im Gehirn. Erst nach Erforschung dieser können wir den umgekehrten Weg gehen und auf Grund besonderer Gehirnverhältnisse und etwaiger sie gesetzmässig begleitender körper-

licher Symptome besondere Seelenerscheinungen annehmen und erklären. Daran, dass das Gehirn dasjenige Organ ist, an das die psychischen Funktionen gebunden sind, ist kein Zweifel; Störungen dieser müssen also durch Veränderungen jenes bedingt sein, sei es, dass dieselben sich in seinem Bau oder seiner Struktur, in seinem Konsistenzverhältnis zu seiner Umgebung oder seinem Inhalt oder in seiner Ernährung kenntzeichnen. Wenn dieser Nachweis bisher erst für verhältnismässig wenige Krankheiten erbracht ist, die wir als Psychosen bezeichnen, so liegt das daran, dass die Psychiatrie in ihrer jetzigen Gestaltung eine junge Wissenschaft ist, dass andererseits das Tierexperiment nur äusserst geringfügige Bedeutung hat, und das Gehirn das komplizierteste Organ ist, dessen direkte Untersuchung beim Lebenden bisher unmöglich ist; wir sehen es nicht, wir fühlen und hören es nicht, nur nach seinen Leistungen können wir seine Funktionsfähigkeit abschätzen. Auch die Autopsie hat das Dunkel, welches über manchen Gebieten der Psychiatrie noch lagert, nicht immer beseitigen können, doch drängen die aus ihr gewonnenen Resultate zu der Annahme hin, dass allen Psychosen Hirnveränderungen zu Grunde liegen. Diese müssen angeboren oder erworben sein. Jeder Gegenstand ist das Resultat seines ursprünglichen Zustandes und der Aussenwirkungen, die ihn treffen. Bei jedem zu beurteilenden psychischen Zustand haben wir ebenso zu berücksichtigen den ursprünglichen Zustand, wie er beim Menschen nach der Loslösung vom mütterlichen Organismus besteht und

seinerseits wieder das Produkt der erzeugenden Faktoren (Sperma und Eizelle) und der den mütterlichen Organismus und mit ihm zugleich das Ei treffenden Einflüsse oder solcher, die das Ei allein betreffen, sodann die mannigfachsten Einwirkungen somatischer und psychischer Art von der Stunde der Geburt an. Das Gebiet der angeborenen Psychosen ist in den letzten Jahrzehnten Gegenstand der eingehendsten Forschungen geworden, und dieses Gebiet hat sich nach der Grenze der psychischen Gesundheit hin gewaltig erweitert. Die Frage ist von grosser sozialer Bedeutung, denn die ausübende Gerechtigkeit verlangt, dass alle diejenigen, die in einem geistig krankhaften Zustand, sei derselbe nun dauernd oder vorübergehend, gesetzwidrige Handlungen begehen, für diese nicht bestraft werden, dass sie nicht den geistesgesunden Verbrechern gleichgeachtet und gleichbehandelt werden. Nun haben Lombroso und mit ihm die kriminal-anthropologische Schule die Behauptung aufgestellt, dass das Verbrechen an und für sich die Thätigkeitsäusserung eines krank veranlagten Gehirns sei. Ihre Stütze sollte diese Behauptung haben in den Degenerationszeichen, es sollte einen besonderen Verbrechertypus geben, ja die Art und die Häufung der Degenerationszeichen sollten pathognostisch sein für den Trieb nach bestimmten Verbrechen. Ist es nun schon bezeichnend, dass gerade die praktischen Gefängnisärzte sich in ganz verschwindender Anzahl dieser Lehre angeschlossen haben, (Knecht) so bringt vor allem der Umstand, dass es in Wirklichkeit ebenso viele Verbrecher ohne Degenerationszeichen als mit solchen

giebt, (Bär) diese Lehre ins Wanken. Als einen weiteren Grund gegen die Annahme eines Typus im anthropologischen Sinne führt Bär an, dass die denselben angeblich kennzeichnenden Merkmale sich niemals auf die Nachkommenschaft vererben. Die ganze Lehre Lombrosos steht und fällt mit der pathognostischen Bedeutung der Degenerationszeichen. Es handelt sich also um die Frage; »Können wir aus dem Vorhandensein von Degenerationszeichen auf eine bestimmte Art von Psychose oder überhaupt auf eine Psychose schliessen?« Mit anderen Worten: »Sind Degenerationszeichen und Geisteskrankeit gleichgeordnete und gleichbedeutende Begriffe?« Dies ist zu verneinen. Denn wenn Geisteskranke etwa 4—5 mal so häufig Entartungszeichen aufweisen als erblich nicht belastete Gesunde, so lässt sich daraus nur der Schluss ziehen, dass bei Individuen mit Entartungszeichen etwa 4—5mal so häufig, als bei Gesunden Geisteskrankheiten auftreten. Andererseits zeigt uns der Umstand, dass auch bei Individuen mit Entartungszeichen, Psychosen, auch heilbare Psychosen nicht im Beginn der geistigen Lebensäusserungen aufzutreten brauchen, sondern oft erst auf der Höhe des Lebens sich entwickeln, darauf hin, dass das Gehirn der mit Entartungszeichen Behafteten als locus minoris resistentiae zu betrachten ist. Wir haben also die Entartungszeichen allein nur als den Ausdruck einer verminderten Widerstandsfähigkeit psychischen Erkrankungen gegenüber anzusehen. Knecht fasst seine auf Grund eines grossen Materials gewonnenen Anschauungen inbezug auf obige Frage folgendermassen zusammen:

»Die Entartungszeichen sind der verbreitetste Ausdruck vererbter Anlage zu nervösen Erkrankungen im weitesten Sinne des Wortes« und weiter: »Die als Kennzeichen des geborenen Verbrechers aufgeführten Merkmale unterscheiden sich in nichts von den Entartungszeichen der nervös belasteten Menschen, sie können daher die ihnen beigelegte Bedeutung nicht beanspruchen.«

Weitere Erwägungen führen uns inbezug auf die Stellung des Verbrechers zu andern Ansichten und Schlüssen. Wir wissen, dass verschiedene Gifte wie Morphium und Alkohol bei längerem Genuss zu Deformationen des Charakters führen, und besonders vom Alkohol wissen wir, dass er häufig eine geistig pathologische Nachkommenschaft bedingt; ein grosser Teil der Schwachsinnigen und Verblödeten hat dem Trunke ergebene Eltern; das gleiche gilt von vielen Verbrechern. Wir haben hieraus auf eine Keimentartung zu schliessen. Weiter hat das Milieu, in dem das Individuum heranwächst, auf die Entwicklung des Charakters einen bestimmenden Einfluss. Wenn ich von einer Entwicklung des Charakters spreche, so präsumiere ich damit, dass der Charakter nichts Feststehendes ist, dass er ebenso wie die übrigen seelischen Funktionen nicht fertig vor uns liegt, sondern sich ausbildet unter den Einflüssen des Lebens. Ich habe oben schon gesagt, dass jeder Gegenstand das Resultat seines ursprünglichen Zustandes und der Aussenwirkungen, die ihn treffen, sei. In dem neugeborenen Kinde haben wir eine zunächst abgeschlossene Anlage sämtlicher Funktionen, also auch

der des Gehirns vor uns. Diese sind in der Weiterentwicklung bis zu einem gewissen Grade modulationsfähig: alle hier einwirkenden Verhältnisse nennen wir das Milieu, das nach der guten und schlechten Seite hin wirken kann. Wenden wir hier mit Benedikt die Formel an: Verbrechen = ± individueller Faktor ∓ Milieu, so heben wir alle möglichen Kombinationen beider Elemente. Am schärfsten ausgeprägt haben wir den individuellen Faktor, wenn das Milieu im gegenwirkenden Verhältnis zu demselben steht. Hier haben wir den geborenen Charakterentarteten vor uns, dem das Bewusstsein seines abnormen Denkens, Empfindens und Handelns völlig abgeht und der deswegen auch nicht besserungsfähig ist.

Über die Stellung der Charakterentartung, der moral insanity, zu den übrigen Psychosen sind die Ansichten ausserordentlich verschieden. Die meisten italienischen, französischen und englischen Autoren erklären sie für eine Psychose sui generis, der die Störungen des moralischen Sinnes ein ganz eigenes Gepräge aufdrücken, indem sie erst an zweiter Stelle die etwaigen begleitenden Intelligenzdefekte, sowie sonstige andere krankhafte Zeichen führen. (Marro) Die Mehrzahl der deutschen Autoren hingegen rechnet die moral insanity dem Schwachsinn zu. Vor allem Binswanger, Mendel, Bär und Näcke haben sich in diesem Sinne ausgesprochen. Der Letztere stellt folgende These auf: »Moral insanity als spezifische Krankheit giebt es nicht, sondern was man so nennt, stellt nur eine Abart des Schwachsinns dar.« Auf die Klärung

dieser Ansichten sind Flechsigs hirnanatomische Untersuchungen geeignet, Licht zu werfen. Flechsig hat bei vielen, nicht allen Gewohnheitsverbrechern diejenigen Hirnteile schlecht entwickelt gefunden, die er als Associationsorgane, als geistige Zentren, als Denkorgane bezeichnet hat. Aus diesem Befund ergiebt sich die geistige Inferiorität, die jedoch für sich allein keine verbrecherischen Neigungen bedingt, weil solche viele Individuen mit schlechter Entwicklung dieser Hirnteile nicht erkennen lassen. Ausgehend von der Thatsache, dass ein sich entwickelnder Charakter durch psychische Schädlichkeiten wie auch durch das ethische Milieu beeinflusst wird, bezeichnet nun Flechsig den Charakter als die Resultierende des Gesamtkörpers; dieser käme sich mit allen seinen Trieben, seinen Bedürfnissen, seinem Kraftvorrat, seinen Schmerzen etc. zum Bewusstsein in demjenigen Hirnteil, den er Körperfühlsphäre der Hirnrinde nennt, hier summierten sich die von allen Körperorganen ausgehenden Nervenreize zur Stimmung, und von ihm gingen die Impulse zu Gefühlsäusserungen aus. Aus alledem ergiebt sich, dass Intellekt und Charakter von einander unabhängig sein können. Dass sie das in der That zuweilen sind, zeigt das Nebeneinanderexistieren von eminenter intellektueller Begabung und äusserster Gefühlsstumpfheit bei demselben Individuum, wie wir es z. B. bei Napoleon sehen.

Gewissermassen auf die gleiche Stufe mit dem gewohnheitsgemässen Verbrechertum stellt Lombroso

das Genie, das er als einen Degenerationszustand aus der Gruppe der epileptischen Störungen in Form des moralischen Irreseins definiert. Die Anschauung, dass zwischen Genie und Wahnsinn eine gewisse Verwandtschaft bestehe, findet sich in der Literatur aller Kulturvölker, sie findet ihre Stütze darin, dass viele Geniale geisteskrank geworden sind. Dies ist jedoch bei Berücksichtigung der Ätiologie der Geisteskrankheiten nichts wunderbares. Ein wirkliches Genie ist niemals einseitig, es bedarf einer ausserordentlichen Fülle sämtlicher Geisteskräfte, zum Schaffen neuer grosser Produkte bedarf es grosser Anspannung, mitten im Kampfe des Lebens treten Schädlichkeiten körperlicher und seelischer Art viel häufiger an dasselbe heran, als an die gemeinen Sterblichen; und einer Anhäufung solcher Schädlichkeiten hält zuweilen auf das Gehirn des Genialen nicht auf die Dauer Stand. Lässt uns nun schon der gemeine Menschenverstand annehmen, dass das Genie keine atavistische Komponente darstellt, sondern vielmehr einen Fortschritt in der Entwickelung des Gehirns, so entsprechen dem auch die Ergebnisse der neuesten gehirnanatomischen Forschungen Flechsigs. Gall hatte das Zentrum für den philosophischen Scharfsinn, das Induktionsvermögen u. s. w. im Stirnhirn lokalisiert, Flechsig fand nun weiter, dass ausser diesem Zentrum noch mehrere andere Denkorgane vorhanden sind, darunter ein besonders umfängliches unter dem Scheitelhöcker, und dass dieses sich bei genialen Männern durch eine besonders starke Ausbildung auszeichnet. Das wissenschaftliche Genie zeige andere Ver-

hältnisse als das künstlerische, insofern bei ersterem das Stirn- und Scheitelzentrum stark entwickelt seien, während bei letzterem nur das hintere Scheitelzentrum besonders hervorrage. Das Gehirn des Genies zeichnet sich also durch eine besonders reiche Gliederung derjenigen Hirnteile aus, an welche die geistigen Funktionen gebunden sind, es stellt also keinen Rückschritt, sondern vielmehr einen Fortschritt in der Gehirnentwickelung dar und unterscheidet sich so einerseits von der Gehirnanlage des gewöhnlichen Menschen, andererseits von dem bei Gewohnheitsverbrechern gefundenen Hirnverhältnissen.

Literaturverzeichnis.

1. *Ewald Hecker* — Die Ursachen und Anfangssymptome der psychischen Krankheiten. 1877.
2. *Otto Müller* — Zur physiologischen Diagnostik der Psychosen 1877.
3. *Otto Müller* — Über die dyskrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen und Psychosen eine Rolle spielen.
4. *Ewald Hecker* — Über das Verhältnis zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit besonderer Rücksicht auf ihre Behandlung in getrennten Anstalten. 1881.
5. *Pelman* — Über die Grenzen zwischen psychischer Gesundheit und Geistesstörung. 1884.
6. *Holst* — Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nervenkranke von Dr. Holst in Riga nebst Bemerkungen über die Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten 1886.
7. *Otto Müller* — Bericht über die Kuranstalt für Nervenleidende in Blankenburg a./H. 1894.

8. *Bartels* — Vortrag.
9. *P. Flechsig* — Die Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit. 1896.
10. *P. Näcke* — Zur Frage der sog. Moral insamity. 1896.
11. *Knecht* — Über den Wert der Degenerationszeichen bei Geisteskranken. 1897.
12. *P. J. Möbius* — Vermischte Aufsätze. 1898.

Lebenslauf.

Verfasser wurde am 18. Februar 1872 zu Wittenburg i. M. geboren, erhielt den ersten Unterricht in der dortigen Stadtschule, sodann in einem Pensionat und besuchte von Ostern 1884 ab das Gymnasium zu Parchim, wo er Ostern 1892 die Reifeprüfung bestand. Er studierte Medizin auf den Universitäten Heidelberg und Rostock, und bestand an der letzteren S.-S. 1900 die medizinische Staatsprüfung. Seit der Zeit ist er als Assistent an der Kuranstalt für Nervenkranke in Blankenburg a./H. thätig gewesen.

Für die mir von Herrn Professor Dr. Schuchard gegebene Anleitung zur Ausarbeitung der vorliegenden Dissertation spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigen Dank aus.

Ernst Meinhardt,
prakt. Arzt.